



Zehn Thesen zum Gesundheitswesen

Heiko Schöning

April 2002

Deutschland ist ein Land voller Kraft und Geist. Allen pessimistischen Prognosen zum Trotz hat die bundesdeutsche Gesellschaft immer wieder Wohlstand geschaffen und Ausgleich gesichert.

Im Ausland wurde Deutschland als kranker Mann Europas bezeichnet. Ein schlummernder Riese von dem alle erwarten, dass er wieder volle Fahrt aufnimmt.

In den letzten Jahren ist viel diskutiert, manches auf den Weg gebracht worden. Die Schubladen sind mit Plänen voll und drängen ans Tageslicht. Es ist überall zu spüren, dass die Notwendigkeit für eine weitere, verstärkte Reformperiode gesehen und diese auch gewollt wird. Mit dieser beginnenden Aufbruchstimmung packen wir die Zukunft an.

Deutschland ist ein reiches Land, welches sich viel Verschwendung leisten konnte. Heute ist das Bewusstsein der Nachhaltigkeit gereift: Wir können uns viele Sorglosigkeiten für unsere Kinder nicht mehr leisten. Und wir wollen es auch nicht mehr.

Im Gesundheitswesen bezahlen wir Mercedes und fahren Golf. Das zweitteuerste System der Welt liefert nur mittelmäßige Ergebnisse im Vergleich der Industrienationen.

Besonders deutlich wird es bei den volkswirtschaftlich relevanten und verbreiteten chronischen Krankheiten. Deutschland liegt z.B. mit der Sterblichkeit bei Brustkrebs, Diabetes und Schlaganfall auf den schlechtesten drei Plätzen in den Industrieländern. Keiner möchte angesichts dessen betroffen sein.

Die Gründe liegen hauptsächlich in der mangelnden Koordination im Gesundheitswesen. Wir haben eine gleichzeitige Über-, Unter-, und Fehlversorgung. Kein Gemeinwesen und schon gar kein Wirtschaftsunternehmen kann sich dies auf Dauer leisten.

Deutschland hat noch einen guten Ruf in der Welt bezüglich seiner Fähigkeiten zur Koordination und Organisationskompetenz. Der gemeinsamen Anstrengung, diesem Ruf von außen von innen gerecht zu werden, sollen die folgenden Thesen beitragen:

1. **BESINNUNG AUF KERNKOMPETENZEN IST EIN SCHLÜSSEL ZUR REFORM**
2. **VORBILDLICHER POLITISCHER SCHACHZUG: DIE VERKNÜPFUNG VON DISEASE MANAGEMENT PROGRAMMEN (DMP) UND RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH (RSA)**
3. **GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN SIND GRUNDLAGE GUTER ARBEIT – ABSCHAFFUNG DES AIP**
4. **10 € GESPART, 100 € WOANDERS VERURSACHT – FALLPAUSCHALEN (DRG) MÜSSEN MIT DER ÜBERWINDUNG DER SEKTORALEN BUDGETS EINHERGEHEN**
5. **PATIENTENVERTRETER POLITIK. DAS GESUNDHEITSWESEN IST GESUNDHEITSWIRTSCHAFT**
6. **DEUTSCHER TELLERRAND UND EUROPÄISCHE REALITÄT**
7. **VOM PAYER ZUM PLAYER?**
8. **DIE ARZNEIMITTEL-POSITIVLISTE IST ÜBERFÄLLIG**
9. **DER STAND DER APOTHEKER MUSS SICH IN INNOVATIVE ZUKUNFTSMODELLE EINBRINGEN**
10. **OFFENLEGUNG DER ÄRZTLICHER RECHNUNG AUCH FÜR DEN GESETZLICHEN KASSENPATIENTEN**

1. Besinnung auf Kernkompetenzen ist ein Schlüssel zur Reform

Wie in anderen Wirtschaftsfeldern müssen auch in der Gesundheit Aufgaben wieder entflochten werden. Die Konzentration auf Kernkompetenzen schafft professionelle Ergebnisse und Zufriedenheit.

Ärzte sind keine Verwaltungsfachangestellten und keine Informationsmanager; Krankenschwestern sind keine Hotelfachfrauen. An vielen Stellen werden Ressourcen und Kompetenzen verschwendet. Alle qualifiziert Ausgebildeten brauchen und wollen Zeit, um sich erfüllend ihren eigentlichen Aufgaben widmen zu können.

Entlastende Professionalisierung und Outsourcing müssen als Chance verstanden und dürfen nicht blockiert werden. Krankenhäuser sollten auch wie Hotels geführt werden, so wie Arztpraxen und Krankenkassen Dienstleistungszentralen werden müssen. Dies gelingt nur mit unterstützender Arbeitsteilung und der Besinnung auf Kernkompetenzen.

2. Vorbildlicher politischer Schachzug: Die Verknüpfung von Disease Management Programmen (DMP) und Risikostrukturausgleich (RSA)

Viele Jahre lang wurden überall Sonntagsreden gehalten zur Verbesserung der Qualität im Versorgungsablauf und zur Stärkung des Patienten. Die Gesundheitsreform 2000 hat nur auf dem Gesetzespapier eine integrierte Versorgung ermöglicht. Umgesetzt wurde so gut wie nichts. Die großen Interessengruppen blockieren sich gegenseitig.

Nun ist es der Bundesregierung gelungen, größere Bewegung der Akteure auszulösen. Der Hebel ist die neue Verteilung des Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den gesetzlichen Kassen (2001: ca. 27 Mrd. DM !).

Mehr Geld soll es nun für eine Kasse aus dem RSA geben, wenn sich ein Versicherter freiwillig in ein Disease Management Programmen (DMP) einschreibt. Innerhalb eines DMP sollen die Vertragspartner der Kassen für bessere Prozessqualität und Patienteninformation sorgen.

RSA und DMP: zwei Dinge die per se nicht zusammengehören und daher nicht unproblematisch. Doch der erhebliche finanzielle Anreiz schafft Bewegung für den notwendigen Qualitätsschub. Weitere mutige Politik ist nötig.

3. Gute Arbeitsbedingungen sind Grundlage guter Arbeit – Abschaffung des AIP

Der europäische Gerichtshof hat geurteilt: Ärztlicher Bereitschaftsdienst ist Arbeit und muss auch ausgeglichen werden. Was für die meisten anderen Berufszweige selbstverständlich ist hat im Gesundheitswesen drastische Missstände.

Weiteres Beispiel ist die Ausbeutung junger Ärzte durch das so genannte AIP (Arzt im Praktikum). Wer nach einem unbezahltem praktischen Jahr und 3. Staatsexamen eineinhalb Jahre lang eine de facto 60-Stunden Woche für weniger als 1000 € monatlich bestreiten muss, gehört spätestens mit junger Familie zur Working Poor Class. Oft folgen danach noch knebelnde Zeitarbeitsverträge und mangelnde Weiterbildungsmöglichkeiten.

Durchgehend qualitative Arbeit für Patienten kann nur gesichert werden, wenn die Arbeiter im Gesundheitswesen sinnvolle Bedingungen vorfinden. Strukturelles Umdenken ist gefordert.

4. 10 € gespart, 100 € woanders verursacht – Fallpauschalen (DRG) müssen mit der Überwindung der sektoralen Budgets einhergehen

Die Einführung von Fallpauschalen (DRG) im Krankenhaus ist ein sinnvoller großer Reformschritt. Das herrschende System der Kostendeckung im klinischen und der Einzelvergütungen im ambulanten Bereich schafft falsche Anreize für mehr und überflüssige Leistungen. Fallpauschalen werden z.B. die Krankenhausliegezeiten spürbar verringern.

Der Weg muss konsequent weiterverfolgt werden und zu einer Überwindung der sektoralen Budgets führen. Diese Einzelbudgets stellen Weichen für Verschiebebahnhöfe.

Noch vorhandene Schwachstellen für das Prinzip: „10 Euro gespart – 100 Euro woanders verursacht“ dürfen für den Gesamterfolg nicht unbearbeitet gelassen werden.

5. Patientenvertreter Politik. Das Gesundheitswesen ist Gesundheitswirtschaft

Mit der RSA/DMP-Verknüpfung wurden erfolgreich hohe umsetzungsorientierte Aktivitäten ausgelöst. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass sich die Akteure im Gesundheitswesen nicht anders als die Wirtschaft verhalten. Mit klaren finanziellen und menschlich entsprechenden Anreizen ist in unserem System am Effektivsten zu steuern.

Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser sind wirtschaftliche Akteure; Verbände verhalten sich wie Kartelle. Es ist an der Zeit, das Selbstverständnis und die Verhaltensweisen nach innen und außen kongruent zu machen.

Das Gesundheitswesen ist Gesundheitswirtschaft. Das Wesen darf trotzdem nicht verloren gehen und ist eine Aufgabe der Politik. Die Politik ist die eigentliche demokratische Interessenvertretung aller Patienten.

6. Deutscher Tellerrand und europäische Realität

Weg vom deutschen Tellerrand - Europa ist heute schon Realität! In allen Bereichen muss die internationale Dimension Teil der Denkprozesse und des Selbstverständnisses sein.

Beharren auf alten Strukturen und ignorieren von EU-Weichstellungen werden fatale Folgen nach sich ziehen. Internationales Benchmarking und lernen voneinander sind gefordert. Dies gilt nicht nur für Behandlungsleitlinien und Arzneiversorgung, sondern auch für ganze Gesundheitssysteme.

7. Vom Payer zum Player?

Monopole im deutschen Gesundheitswesen werden auch im Zuge der europäischen Harmonisierung fallen. Die Frage stellt sich dann auch für die Krankenkassen, ob sie überspitzt ausgedrückt vom „Beitragsgelddurchlauferhitzer“ zum aktiven Teil der Versorgung werden wollen. Mehr Einfluss auf die Sicherstellung der Versorgung bedeutet auch mehr Verantwortung.

Es gibt viele gute Gründe bewährte Strukturen in Deutschland nicht zu zerschlagen. Keine Revolution, aber die zügige Reformierung ist notwendig. Mit Übergangsfristen und klaren Vorgaben werden die Akteure sich letztlich gut einstellen können.

8. Die Arzneimittel-Positivliste ist überfällig

Es gibt Arzneimittel, deren Wirkung in schlechter Korrelation zum Solidarprinzip der Gesundheitsversorgung stehen. Positivlisten verschwinden seit Jahrzehnten immer wieder in der verbotenen Vorlagenschublade.

Die Einführung ist überfällig und insgesamt sozial. Die Politik darf sich hier nicht den Schneid abkaufen lassen. Mehr ist dazu nicht zu sagen.

9. Der Stand der Apotheker muss sich in innovative Zukunftsmodelle einbringen

In den Diskussionen und Modellen fehlt zumeist die Einbindung der Apotheker. Die Aktivitäten der Verbände scheinen rückwärts gewandt zu sein und wie beim Internetversandhandel auf verlorenem (europäischem) Posten.

Apotheker sind ein gewachsener Teil des Gesundheitswesens mit großen Kompetenzen in der Kundenbetreuung und der Medikamentenversorgung. Wünschenswert wäre eine insgesamt stärkere Einbringung, insbesondere für Zukunftsmodelle in der Klinik und Fläche.

Es ist abzusehen, dass die hohe Anzahl der Apotheken in deutschen Städten wirtschaftlich nicht zu halten ist. Gewandelte logistische und beratende Formen ersetzen klassische Strukturen. Das freigesetzte Potential muss in die Sicherung einer modernen Versorgung umgesetzt werden.

Stillstand würde den Niedergang bedeuten. Innovation dagegen ist Zukunftssicherung. Gefragt werden Pharmaceutical Disease Manager sein, die Ärzten und Disease Management-Anbietern zuarbeiten; sowie den Versicherten direkt in zeitgemäßer Form beraten

10. Offenlegung der ärztlicher Rechnung auch für den gesetzlichen Kassenpatienten

Die richtigen Anreize schaffen das richtige Verhalten. Das ist der eine Schlüssel zur Reform. Der andere Schlüssel ist die Kontrolle gegen die so menschlichen Versuchungen.

Wie beim privaten Patienten wird die Offenlegung der ärztlichen Rechnung auch für den gesetzlichen Kassenpatienten einen guten und transparenten Zweck erfüllen. Organisatorische Einwände können behoben werden.

Sicherheit durch Wandel! Führungskräfte sind zur Durchführung aufgerufen.